

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR ANDRÉ GAUDREAU

ÉTUDE DE LA QUALITÉ DE VIE DE LA FEMME TUMORECTOMISÉE ATTEINTE
DE CANCER DU SEIN ET DE SA RELATION DE COUPLE

MARS 1995

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article soumis pour publication.

RÉSUMÉ

La présente recherche a permis d'évaluer la qualité de vie de la femme tumorectomisée ainsi que sa relation dyadique, par rapport à des femmes non atteintes de cancer du sein. Trente couples dont la femme a subi une tumorectomie, ont constitué le groupe expérimental. Ces couples ont été pairés selon l'âge, la durée du mariage, le degré de scolarité et le nombre d'enfants, avec trente autres couples dont la femme n'était pas atteinte de cancer du sein. Nous avons utilisé les instruments de mesure suivants: le questionnaire d'Evaluation de l'Estime de Soi (EES), le questionnaire d'Evaluation de la Satisfaction Professionnelle (ESP), le questionnaire d'Evaluation de la Satisfaction Sexuelle (ESS), le questionnaire d'Evaluation des Relations Familiales (ERF) et l'Echelle d'ajustement dyadique (DAS), pour mesurer la relation de couple. Les résultats ont démontré une différence significative concernant l'estime de soi entre les deux groupes, voulant que les femmes tumorectomisées présentent une baisse à ce niveau. Par contre, nous pouvons infirmer l'hypothèse voulant qu'il y ait une différence significative sur le plan professionnel. Toutefois, nous constatons, pris dans leur ensemble, que les hommes retirent plus de satisfaction de leurs activités professionnelles que les femmes. Au niveau de la satisfaction de la relation familiale, nous ne pouvons mettre en évidence aucune relation significative. Par ailleurs, on confirme l'hypothèse à savoir qu'il n'y a pas de différence au niveau de la satisfaction sexuelle entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Les résultats ne suggèrent pas de différence sur la relation dyadique, bien que l'on observe une certaine tendance au niveau de la sous-échelle de cohésion. La présente étude a contribué à mettre en évidence l'importance de pratiquer une tumorectomie, si l'on désire conserver une qualité de vie et des relations de couple se rapprochant le plus possible de celles que vivent les femmes non atteintes de cancer du sein.

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE THÉORIQUE.....	1
Cancer et estime de soi.....	4
Cancer et satisfaction professionnelle.....	4
Cancer et satisfaction sexuelle	5
Cancer et relation familiale	6
Cancer et ajustement dyadique.....	6
Objectif et hypothèses de recherche	8
MÉTHODOLOGIE.....	9
Les sujets.....	9
Le groupe témoin.....	10
Instruments de mesure.....	10
Déroulement de l'expérience.....	13
RÉSULTATS.....	14
Homogénéité des sujets.....	14
Différence entre les groupes en regard des variables.....	15
Niveau de satisfaction sexuelle	16
Ajustement dyadique.....	16
DISCUSSION.....	17
RÉFÉRENCES.....	22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Données démographiques et mesures de pairages pour les sujets du groupe expérimental et du groupe témoin27
Tableau 2	Scores moyens et écarts-types obtenus aux quatre échelles de qualité de vie par les femmes et les hommes selon la situation expérimentale28
Tableau 3	Scores moyens et écarts-types de l'échelle d'ajustement dyadique et de ses sous-échelles par les femmes et les hommes selon la situation expérimentale29

CONTEXTE THÉORIQUE

Approximativement une femme sur 10 en Amérique risque de développer un cancer du sein une fois dans sa vie (1-2). Non seulement la tumeur maligne du sein est la cause la plus fréquente de décès de la femme, mais également la maladie la plus souvent observée par un oncologue (3). Le traitement chirurgical effectué dans ces cas entraîne de nombreuses conséquences et exige, de la part de la femme, une réadaptation autant physique que psychologique (1).

Le traitement chirurgical pour le cancer du sein était jusqu'à tout récemment radical: ablation du sein ou mastectomie modifiée. Cette approche étant basée sur l'idée que le cancer est évolutif et que seule la chirurgie radicale pouvait le contenir (4). La majorité des patientes atteintes du cancer du sein en Amérique du Nord subissent une mastectomie. Toutefois, les méthodes chirurgicales actuelles tendent à être beaucoup moins agressives et s'orientent vers la conservation du sein (5-6). Néanmoins l'idée voulant que la pratique chirurgicale conservatrice donne un meilleur résultat sur la qualité de vie de la femme atteinte de néoplasie ne reçoit pas l'assentiment de tous les chercheurs dans ce domaine, certains considérant que les femmes auraient davantage de craintes que la tumeur ne soit pas complètement enlevée (7). Au cours des dernières années fut démontré un grand intérêt relativement aux conséquences du cancer du sein et ses méthodes de traitement sur la qualité de vie des patientes. La mastectomie est grandement considérée comme une expérience destructive dans la vie d'une femme. Toutefois les traitements moins mutilants sont davantage pratiqués actuellement (8). Afin de supporter cette tendance, depuis 1971, une série d'études conduites par le National Surgical Adjuvant Breast Protocol (NSABP), ont démontré que la mastectomie n'est pas supérieure techniquement comme démarche chirurgicale à la tumorectomie ou l'excision locale, que le taux de survie est comparable et qu'il y a indication de pratiquer cette dernière (8-9-10-11-12-13-14-15-16). D'un point de

vue psychologique, la chirurgie conservatrice est la préférence des femmes de tout âge (17).

Il ne faut pas se surprendre si la femme qui a subi une mastectomie éprouve une véritable crise d'identité féminine car elle se trouve sans cesse confrontée au fait qu'elle ne se conforme plus aux standards de la société en ce qui concerne son intégrité physique (6). Cette angoisse liée au cancer est encore aggravée, dans le cas du cancer du sein, par l'angoisse liée à la perte de l'organe. La femme craint la mutilation. Le sein est le symbole de la féminité, de l'esthétique féminine, de la vie sexuelle, et également de la maternité. Le perdre signifie ne plus être femme, comme l'expriment souvent les patientes (18-19).

La réaction concernant la perte d'un sein et ses conséquences psychosociales sont en relation avec le diagnostic de malignité. La confrontation avec une possibilité de traitement à vie, constitue un élément préparatoire dans la réaction dépressive. Une tumorectomie est moins mutilante et les risques de dépression ou autres séquelles psychiatriques sont diminués. Ces caractéristiques ont été mises en évidence dans l'étude de Heeringen (1989) portant sur 102 sujets (9). Il est certain que la mastectomie est associée à une morbidité psychologique et psychiatrique. D'ailleurs, la dépression est la réaction psychologique la plus fréquente face au cancer (20-21). L'anxiété est également très grande et est accompagnée généralement de déni (6). Toutefois, l'utilisation immédiate d'une implantation ou d'une reconstruction du sein contribue à réduire cette morbidité psychiatrique chez les femmes qui se sentent plus particulièrement concernées à propos de leur apparence physique au moment de la chirurgie (22).

La littérature actuelle présente de plus en plus d'études comparatives au niveau des répercussions psychologiques de la mastectomie versus la tumorectomie (10-13-14-23). L'étude de Steinberg (1985) (14), représente bien l'ensemble des études portant sur les réactions psychologiques des patientes ayant subi une mastectomie et celles ayant subi une tumorectomie. L'étude a porté sur un groupe de 46 femmes ayant subi une mastectomie et

présentant les caractéristiques suivantes: 50.7 ans de moyenne d'âge, au moins deux enfants, 13.1 ans de niveau de scolarité et de 14.4 ans de scolarité pour le conjoint. Parmi celles-ci, 24 femmes avaient un diagnostic de cancer au stade I et 22 femmes étaient au stade II. Le second groupe était composé de 21 femmes ayant subi une tumorectomie. Les caractéristiques pour ce groupe étaient les suivantes: 52.3 ans de moyenne d'âge, 2.1 enfants, un niveau de scolarité de 14.2 ans pour la femme et de 15 ans pour le conjoint. Le nombre de patientes au stade I étant de 12 et de neuf au stade II.

Au point de vue image de soi, les patientes mastectomisées se sentaient moins attirantes physiquement, moins féminines, faisaient des changements dans leur mode vestimentaire, portaient davantage de vêtements pour dormir et aimaient moins se dévêtir devant leur conjoint. Les patientes tumorectomisées rapportaient moins de perte d'attraits physiques et de féminité, faisaient beaucoup moins de changements au point de vue vestimentaire et n'affichaient peu ou pas de différences sur leur conduite de mise en nuit devant leur conjoint. Dans les rapports sociaux, les femmes mastectomisées étaient moins confortables pour parler de leur vécu concernant l'intervention avec leur conjoint et leur médecin. Après la chirurgie, les femmes des deux groupes recevaient l'appui des amis(es), toutefois les femmes qui avaient subi une tumorectomie étant plus ouvertes, recevaient un plus grand support de leur entourage. Sur le plan sexuel, avant l'intervention, il n'y avait pas de différence entre les groupes et ce à tout point de vue, incluant l'importance de la relation, le nombre de relations, la fréquence des orgasmes. Après l'intervention chirurgicale, soit 14 mois, les chercheurs ont constaté, chez le groupe des femmes mastectomisées, une baisse marquée dans la conduite des stimulations sexuelles, de l'inconfort à parler de leur sexualité et se sentaient moins attirante pour leur conjoint. Les femmes tumorectomisées vivaient cette dimension autrement. Elles ne rencontraient pas de difficultés dans les préliminaires, elles étaient assez confortables de parler de sexualité avec les amis(es) et se sentaient plus attrayantes pour leur conjoint que ne le rapportait les

femmes mastectomisées. Émotivement, les femmes mastectomisées étaient plus pessimistes concernant leur futur que les femmes tumorectomisées. La littérature suggère donc que la tumorectomie entraîne des conséquences moins graves que la mastectomie.

Cancer et estime de soi

L'estime de soi est la somme totale de tout ce qu'une personne perçoit d'elle-même. Les adultes qui ont une haute estime de soi se perçoivent de façon positive, alors que ceux qui ont une faible estime de soi se définissent plutôt selon des termes négatifs. C'est un concept dynamique qui change du positif au négatif et vice versa (24). Pour un grand nombre de patientes, la maladie et ses conséquences directes ont une influence négative sur la perception de l'estime de soi (21). Selon le constat de Charmaz (1983), la personne atteinte de cancer du sein n'est plus capable de performer à son travail, à la maison ou durant les heures de loisirs comme auparavant et ceci entraîne un déclin des contacts sociaux (25). La plus importante source d'information concernant la maladie et le traitement médical est le médecin spécialiste. Si l'information donnée par le médecin est évaluée positivement, l'incertitude est réduite. Les contacts avec les autres patientes contribuent à réduire les sensations négatives et à mettre en valeur l'estime de soi.(26). Dans un exposé portant sur les aspects psychosociaux et la réhabilitation des femmes atteintes de cancer du sein, Maguire (1982) a mis en évidence que l'estime de soi est un aspect important. Souvent elles s'estimaient atteintes dans leur féminité et leur physique. Elles vivaient la crainte de ne plus être femme et par surcroît, bonnes pour personne (1). À la lumière de ces données, il devient très important de considérer l'estime de soi comme un élément primordial dans la démarche de réhabilitation d'une femme atteinte de cancer du sein.

Cancer et satisfaction professionnelle

L'aspect de la satisfaction professionnelle des femmes atteintes de cancer du sein n'a pas fait l'objet d'une grande préoccupation de la part des chercheurs si l'on considère le

peu de recherches dans ce domaine. Dans une étude de Maguire (1976) portant sur les séquelles psychologiques et sociales de la mastectomie, il est rapporté qu'une proportion importante (40 à 60%) de femmes a éprouvé des difficultés à retourner au travail et ce dès les premiers temps après la chirurgie (27). Toutefois, les femmes sur le marché du travail ont présenté moins de détresse psychologique que les femmes qui n'y étaient pas.(28). Aucune étude, réalisée avec des femmes tumorectomisées, n'a été répertoriée sur ce thème.

Cancer et satisfaction sexuelle

L'étude de Lasry, Margolise, Poisson, Shibata, Flerscher, Legault et al (1987) a démontré que les problèmes sexuels sont fréquemment rapportés par les patientes mastectomisées et leur conjoint (29). L'étude de Fallonfield, Baum et Maguire (1986), a révélé une baisse d'intérêt sexuel, qualifiée de modérée à sévère, dans une proportion de 38% pour les deux groupes de son étude portant sur les femmes qui ont subi une tumorectomie et les femmes qui ont subi une mastectomie. Toutefois, il semble que la tumorectomie affecte moins le désir sexuel que la mastectomie (30). En effet, l'étude de Wellisch, DiMatteo, Silverstein, Landsverk, Hoffman, Waisman, et al (1989), portant sur 22 femmes tumorectomisées, 15 femmes mastectomisées avec reconstruction mammaire et 13 femmes mastectomisées sans reconstruction mammaire, au stade I et II et présentant une moyenne d'âge de 48.3 ans, a mis en évidence que les femmes ayant vécu une mastectomie avec ou sans reconstruction ont présenté moins de désirs sexuels que les femmes ayant subi une tumorectomie (10). En ce qui concerne l'impression des femmes par rapport aux réactions qu'elles suscitent chez leur conjoint, l'étude de Margolis (1990), portant sur 32 femmes tumorectomisées avec une moyenne d'âge de 50 ans, au stade I et II, et 22 femmes mastectomisées avec une moyenne d'âge de 48 ans, au stade I et II, a démontré que les femmes mastectomisées se sentent sexuellement moins désirables et ont éprouvé des difficultés dans leurs rapports en comparaison avec les femmes ayant subi une

tumorectomie qui elles, n'ont pas éprouvé de changements au niveau sexuel, n'étaient pas honteuses de leurs seins et présentaient le même désir qu'avant la chirurgie (23).

Cancer et relations familiales

Sans égard à la chirurgie préconisée, le cancer du sein peut avoir un impact significatif sur les structures psychologiques et émotionnelles d'un individu. Il affecte non seulement la patiente mais également sa famille, aussi bien dans son organisation sociale, financière et éducative, que dans sa définition profonde (6). Ingram (1989) a démontré que le conjoint était la personne la plus affectée des membres de la famille.(6). L'existence d'un cancer du sein pourrait donc causer suffisamment de tensions pour détruire une relation de couple. Toutefois des travaux soulèvent une controverse à ce sujet. En effet, des auteurs ont démontré l'apparition de liens plus étroits entre les membres de la famille dont la mère est atteinte de cancer du sein(31). Autant un malheur peut unir davantage un couple, autant il peut aussi renforcer l'estime de soi. Il apparaît donc justifié de poursuivre la recherche dans ce domaine.

Cancer et ajustement dyadique (relation de couple)

Nous reconnaissons les effets que peuvent avoir le cancer du sein chez la femme. Toutefois peu d'études ont abordé les répercussions qu'entraîne cette maladie sur le conjoint.

Les résultats de l'étude de Smith, Redman, Burns et Sagert (1985), ainsi que ceux de Lichtman, Taylor et Wood (1987), ont démontré que les maris sont les membres les plus importants pour offrir un support à la femme atteinte de cancer du sein.(32-33). Faisant suite au diagnostic, et spécialement après la chirurgie, le support du conjoint peut être critique pendant la période de recouvrement et demeure d'une très grande importance pour une meilleure récupération à long terme (34). Dans le même sens, Cassel (1970), a relevé

une réduction de l'incidence des prodromes de maladies somatiques lorsqu'un support est offert aux personnes atteintes de cancer (35).

Paradoxalement ce besoin de support peut parfois être compromis par le comportement de la femme. Plusieurs femmes considèrent qu'elles sont devenues moins attirantes pour leur mari et pour l'ensemble des hommes. Certaines se considèrent comme mutilées, peu désirables, peu attirantes (6). Morris, Greer et White (1977), ont démontré que les femmes mariées atteintes de cancer du sein, présentaient des difficultés d'ajustement conjugal (36). Certaines femmes ont présenté des réactions vives comme le refus de se dévêtir devant leur conjoint et de discuter de cancer, de leur sein et de leur vécu intérieur. Plusieurs ont même refusé de dormir avec leur conjoint après une chirurgie du sein (6-19).

Cet état de faits a amené Metze (1978) à proposer le développement d'un cercle vicieux dans le couple. Les sensations et les émotions négatives vécues par les femmes sont projetées sur leur conjoint. Ceux-ci sont alors blâmés pour les réactions qu'elles manifestent (37). Il a donc lieu de croire que cette situation entraîne des difficultés d'ajustement dans le couple.

À cet effet, l'étude de Hannum, Guise-Davis, Harding et Hatfield (1991) a présenté un aspect intéressant concernant les réactions émotives vécues au sein du couple lors du diagnostic de cancer. Les époux vivaient moins de détresse psychologique quand leurs femmes exprimaient une plus grande réaction émotive. De leur côté les épouses démontraient moins de détresse psychologique lorsque leurs maris réagissaient moins. Une interprétation de ces différences implique un niveau d'échange lorsqu'une crise comme le cancer survient. L'homme et la femme s'ajustent au mieux face à la situation émotionnelle (38).

Objectif et hypothèses de la recherche

Le but de cette recherche est de vérifier si la tumorectomie change la qualité de vie chez la femme atteinte de cancer du sein dans les composantes estime de soi, satisfaction professionnelle, satisfaction sexuelle, satisfaction dans les relations familiales, et si elle change également sa relation de couple et ce en comparaison avec d'autres couples dont la femme n'est pas atteinte de cancer du sein.

Basée principalement sur les expériences de Maguire (1-22-34-27), l'hypothèse générale suivante peut être formulée: les résultats aux tests mesurant la qualité de vie des femmes tumorectomisées et sa relation de couple, seront inférieurs aux résultats des sujets du groupe témoin, dont les femmes ne sont pas atteintes de cancer du sein.

Hypothèse 1

Il devrait y avoir une dégradation significative de la qualité de vie chez les femmes tumorectomisées, par rapport aux femmes non atteintes de néoplasie du sein, sur les variables estime de soi, satisfaction professionnelle et relation familiale.

Hypothèse 2

Comme le faisait remarquer Margaret Mead (1949) (39), relativement à l'importance du buste féminin comme symbole érotique, et devant la préservation du sein comme intervention chirurgicale, même si l'étude de Fallonfield, Baum et Maguire (1986), a révélé une baisse d'intérêt sexuel, qualifiée de modérée à sévère, dans une proportion de 38% pour les deux groupes de son étude portant sur les femmes qui ont subi une tumorectomie et les femmes qui ont subi une mastectomie (30), il ne devrait pas y avoir de différences significatives entre les femmes tumorectomisées et les femmes non atteintes de néoplasie du sein par rapport au degré de satisfaction sexuelle.

Hypothèse 3

Il devrait y avoir des relations dyadiques significativement plus difficiles chez les couples dont la femme est tumorectomisée par rapport aux couples dont la femme n'est pas atteinte de cancer du sein.

MÉTHODOLOGIE

Les sujets

L'échantillon est composé de 30 couples dont la femme a subi une tumorectomie et 30 couples témoins, dont la femme n'est pas atteinte de cancer du sein, ainsi que leurs conjoints. Toutes les patientes se sont soumises à certains critères d'éligibilité .1)Avoir un diagnostic de cancer du sein au stade 1 ou 2 selon la table de l'UICC (International Union Against Cancer) et l'AJC (American Joint Commission in Cancer Staging and End Resultats Reporting) (40), les critères étant au stade 1: Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension. Pas de fixation à la peau, sauf en cas de maladie de Paget limitée au mamelon. Pas de rétraction du mamelon. Pas de fixation au muscle pectoral ou à la paroi thoracique. Au stade II les critères sont: Tumeur de plus de 2 cm mais ne dépassant pas 5 cm dans sa plus grande dimension, ou fixation incomplète de la peau (attirée ou déprimée), ou rétraction du mamelon(en cas de tumeur sous-mamélonnaire), ou maladie de Paget s'étendant au-delà du mamelon. Pas de fixation au muscle pectoral ou à la paroi thoracique.(40). 2) Être âgée entre 45 et 55 ans. 3)Être sur le marché de travail ou occuper une fonction domestique. 4)Avoir une vie de couple ou relation intime depuis 3 à 9 ans avant la chirurgie. 5)Avoir un enfant ou plus. 6)Qu'une période d'une année se soit écoulée depuis la chirurgie. Toutes les patientes de cette étude habitent différentes régions de l'est de la Province de Québec et sont traitées soit au Centre d'Oncologie de l'Hôtel-Dieu de Québec ou au Centre Hospitalier Saint-Joseph de Trois-Rivières. Ces centres sont

spécialisés dans le diagnostic, le traitement et la réhabilitation des patientes atteintes de cancer du sein.

Le groupe témoin

Le groupe témoin compte 30 femmes qui n'ont pas de cancer du sein, ainsi que leurs conjoints. Ces femmes présentent les mêmes critères que le groupe expérimental en ce qui concerne l'âge, l'occupation, une fonction de travail, domestique ou autre, la présence d'une vie de couple, d'une relation intime depuis 3 à 9 ans et le nombre d'enfants. Elles proviennent, dans une même proportion, de la région du Saguenay-Lac St-Jean et de la région de Trois-Rivières. Ces personnes travaillent pour la plupart dans un domaine médical ou connexe.

Instruments de mesure

Parmi les cinq instruments de mesure, utilisés dans la présente recherche, quatre proviennent d'un ensemble de mesures tirées des travaux de Hudson (1982) (41), avec une adaptation de Lauzon (1989) (42), soit: l'évaluation de l'estime de soi, l'évaluation de la satisfaction professionnelle, l'évaluation de la satisfaction sexuelle et l'évaluation des relations familiales. La relation de couple fut mesurée par l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1972) (43), dont Baillargeon, Dubois et Marineau (1986) ont fait la traduction et l'étude psychométrique (44).

L'estime de soi est évaluée par le questionnaire de l'Evaluation de l'Estime de Soi (EES). Ce questionnaire mesure le degré et la sévérité d'un problème qu'éprouve la personne en relation avec l'estime d'elle-même. Ce questionnaire comprend 25 questions. La cotation est de 1 à 5. Les scores individuels totaux peuvent varier de 0 à 100, ce dernier témoignant une problématique élevée en relation avec l'estime de soi. Hudson propose qu'un score total de 30 est le point frontière au delà duquel on peut considérer qu'il y a un

problème. Le coefficient de consistance interne (Alpha) de Cronbach est de 0.93 pour la version actuelle.

La satisfaction professionnelle est évaluée par le questionnaire d'Evaluation de la Satisfaction Professionnelle (ESP) Ce questionnaire fournit des indices du degré de satisfaction que l'on retire dans notre vie professionnelle. Ce questionnaire comprend 10 questions. La cotation est de 1 à 5. Les scores individuels totaux peuvent varier de 0 à 50, ce dernier témoignant une excellente satisfaction professionnelle. Le coefficient de consistance interne (Alpha) de Cronbach est de 0.87 pour la version actuelle.

La satisfaction sexuelle est mesurée par le questionnaire d'Evaluation de la Satisfaction Sexuelle (ESS). Ce questionnaire mesure le degré de satisfaction que l'on retire de la relation sexuelle avec notre partenaire. Il mesure le degré et la sévérité d'un problème qu'éprouve la personne en relation avec l'estime d'elle-même au niveau sexuel. Le questionnaire est composé de 25 questions. La cotation est de 1 à 5. Les scores individuels totaux peuvent varier de 0 à 100, ce dernier témoignant une problématique élevée. Hudson propose qu'un score total de 30 est le point frontière au delà duquel on peut considérer qu'il y a un problème. Le coefficient de consistance interne (Alpha) de Cronbach est de 0.92 pour la version actuelle.

La relation familiale a été évaluée par le questionnaire d'Evaluation des Relations Familiales (ERF). Il mesure le degré et la sévérité de problèmes ressentis vis-à-vis la famille, c'est à dire dans les relations entretenues avec le partenaire actuel et les enfants. Ce questionnaire comprend 25 questions. La cotation est de 1 à 5. Les scores individuels totaux peuvent varier de 0 à 100, ce dernier témoignant une problématique élevée en relation avec la famille. Hudson propose qu'un score total de 30 est le point frontière au delà duquel on peut considérer qu'il y a un problème. Le coefficient de consistance interne (Alpha) de Cronbach est de 0.95 pour la version actuelle.

La relation de couple a été mesurée par L'Echelle d'ajustement dyadique (DAS) de Spanier(1976) (43). Ce questionnaire comporte 32 questions qui sont regroupées en quatre sous-échelles et un score total: 1)Le consensus, c'est à dire le degré d'accord du couple en rapport avec les domaines importants dans la relation. L'étendue possible des résultats est de 0 à 65. Le coefficient de consistance (Alpha) de Cronbach, est de 0.82. 2)La cohésion, c'est à dire le degré d'engagement du couple dans des activités communes. L'étendue possible des résultats est de 0 à 24. Le coefficient de consistance (Alpha) de Cronbach est de 0.79. 3)La satisfaction, c'est à dire le degré de satisfaction du couple dans la situation actuelle de la relation et le degré d'engagement à poursuivre la relation. L'étendue possible des résultats est de 0 à 50. Le coefficient de consistance (Alpha) de Cronbach est de 0.85. 4)L'expression affective, c'est à dire le degré de satisfaction du couple en rapport avec l'expression de l'affection et de la sexualité dans la relation. L'étendue possible des résultats est de 0 à 12. Le coefficient de consistance (Alpha) de Cronbach est de 0.61. L'échelle totale présente une étendue des résultats de 0 à 151, avec un coefficient de consistance (Alpha) de Cronbach de 0.91. On considère généralement qu'un couple est en difficulté lorsqu'au moins un des conjoints a un score total de moins de 100. (45).

En plus des questionnaires, tous les sujets devaient répondre à deux questions ouvertes. Les sujets du groupe expérimental ont été soumis aux questions suivantes: "Qu'est-ce qui fait, selon vous, que vous maintenez les liens qui vous unissent avec votre conjoint après avoir vécu cette épreuve?" et "Quels conseils donneriez-vous à un autre couple dans la même situation pour conserver l'harmonie dans le couple?". Les sujets du groupe témoin aux questions suivantes: "Qu'est -ce qui fait, selon vous, que vous maintenez les liens qui vous unissent avec votre conjoint?" et "Quels conseils donneriez-vous à un autre couple pour conserver l'harmonie dans le couple?"

Déroulement de l'expérience

Les patientes de cette recherche et leurs conjoints furent recrutés dans deux centres hospitaliers avec unité spécialisée en oncologie. Considérant l'accès limité au dossier médical, une première sélection fut faite par l'infirmière responsable du département d'oncologie de l'Hôtel Dieu de Québec, sous la directive d'un chirurgien, afin de sélectionner les candidates qui répondaient aux critères de cette recherche. Un premier contact a été fait par ce personnel afin d'obtenir l'accord pour cette recherche. Au centre hospitalier Saint-Joseph de Trois-Rivières le chirurgien communiqua directement avec les patientes pour leur demander leur participation et les informer que le chercheur principal prendrait contact avec eux pour leur donner de plus amples informations sur la procédure à suivre.

Soixante patientes et leurs conjoints furent contactés afin de constituer le groupe expérimental. De ces sujets, 16 (26.6%) ont refusé de participer due à un désaccord de l'un ou l'autre des participants. Deux (3.3%) patientes ont refusé, considérant leur état de santé précaire. 42 couples (70%) ont accepté de participer à la recherche. De ces 42 questionnaires envoyés, 30 couples (71.4%) ont retourné leurs questionnaires complétés, 10 (23.8%) n'ont pas retourné leurs questionnaires et ce, après deux relances. Deux couples (4.7%) furent retirés en raison du décès de l'un des conjoints.

Pour ce qui est du groupe témoin, les participants furent recrutés parmi le personnel enseignant en sciences infirmier du cegep de Trois-Rivières, personnel médical et paramédical d'un centre hospitalier et parmi un groupe de croissance personnel. 39 couples reçurent les questionnaires. De ce nombre, trois (7.6%), n'ont pas retourné les questionnaires. Six (15.3%) furent retirés de l'étude car des questionnaires ne furent pas complétés par l'un ou l'autre des conjoints. Trente couples témoins (76.9%) ont accepté de participer à cette recherche.

Tous les sujets ont reçu par courrier un document de travail groupant les cinq questionnaires ainsi que la formule de consentement qu'ils devaient retourner par courrier après l'avoir complété. Cette batterie de questionnaires nécessitait entre 20 et 30 minutes pour être complétée. L'envoi par courrier visait surtout à éliminer le niveau d'interaction émotif ainsi que l'incommodation que pourrait présenter la réponse aux questionnaires si ceux-ci étaient conduits par le chercheur (10-46).

Ainsi, le groupe expérimental comprenait 30 femmes tumorectomisées et le groupe témoin était composé de 30 femmes qui ne présentaient pas de cancer du sein. Les conjoints des deux groupes répondaient aux mêmes questionnaires.

RÉSULTATS

Les résultats de cette étude sont présentés en quatre grandes sections. La première partie présente les analyses qui visent à démontrer l'homogénéité des sujets aux mesures de pairage. Les analyses de variances servant à étudier les différences entre les groupes en regard des variables estime de soi, satisfaction professionnelle et satisfaction dans la relation familiale sont présentées dans la deuxième section. Une analyse de variance univariée visant à étudier le niveau de satisfaction sexuelle entre les groupes compose la troisième section. Enfin, en quatrième lieu, une analyse multivariée explore la différence sur le plan de l'ajustement dyadique.

Homogénéité des sujets

Le tableau 1 présente les indices descriptifs des sujets ainsi que les analyses d'homogénéité des deux groupes. L'analyse du tableau nous permet de constater qu'il n'y a pas de différence concernant l'âge, la durée de mariage et le nombre d'enfants entre les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe témoin. Toutefois, nous constatons que les sujets du groupe expérimental sont moins scolarisés que les sujets du groupe témoin.

Aucune corrélation significative n'a été observée entre le niveau de scolarité et les variables à l'étude, soit avec l'estime de soi ($r=-.08$), la satisfaction professionnelle ($r=-.16$), la satisfaction sexuelle ($r=-.03$), la satisfaction des relations familiales ($r=.08$) et le total d'ajustement dyadique ($r=-.06$). Il n'y a pas de différence dans les distributions par rapport à leur situation sur le marché du travail.

Insérer ici le Tableau 1

Différence entre les groupes en regard des variables

Par ailleurs des analyses de variance ont été réalisées afin de vérifier l'hypothèse générale de la recherche, selon laquelle la présence d'une tumorectomie affectera négativement les résultats des tests mesurant la qualité de vie des femmes tumorectomisées. Trois analyses de variances univariées ont été effectuées respectivement sur l'estime de soi, la satisfaction professionnelle et la relation familiale puisqu'il s'agit de construits indépendants. Le tableau 2 montre les scores obtenus pour chacune des trois échelles par les sujets selon la situation expérimentale et leur genre. Un score élevé suggère une baisse d'estime de soi. Il y a une baisse marquée au niveau de cette variable chez les femmes du groupe expérimental par rapport à celles du groupe témoin $F(1,109)=3.89$, $p<.05$. Il n'y a pas de différence au niveau du genre. On note un effet d'interaction entre les facteurs genre et groupe $F(1,109)=4.60$, $p<.05$, qui souligne que l'estime de soi à la baisse ne s'observe que chez les femmes du groupe expérimental.

Insérer ici le Tableau 2

Au niveau de la satisfaction professionnelle, l'analyse de variance ne nous permet pas de mettre en évidence une différence significative au niveau du facteur groupe et au niveau de l'interaction entre les facteurs. Nous constatons un effet au niveau du genre $F(1,109)=3.70$, $p<.05$, reflétant que les hommes, pris dans leur ensemble, retirent plus de satisfaction de leurs activités professionnelles que les femmes.

Au niveau de la satisfaction de la relation familiale, nous ne pouvons mettre en évidence aucune relation significative au niveau du facteur groupe et du facteur genre ainsi qu'au niveau de l'interaction entre les facteurs.

Donc, à la lumière de ces analyses, on ne supporte que partiellement la première hypothèse, puisque seule l'estime de soi semble perturbée par la tumorectomie.

Niveau de satisfaction sexuelle

L'analyse de variance univariée faite sur la variable mesurant la satisfaction sexuelle est présentée séparément afin de répondre à l'hypothèse 2 qui voulait qu'il ne devrait pas y avoir de différences significatives entre les femmes tumorectomisées et les femmes non atteintes de néoplasie du sein. L'analyse faite sur les résultats que l'on peut retrouver au tableau 2, démontre tel qu'attendu, qu'il n'y a pas de différence entre les groupes. De plus, aucun effet significatif n'est observé au niveau du facteur genre et au niveau de l'interaction entre les facteurs. Ce qui confirme la deuxième hypothèse.

Ajustement dyadique

La dernière partie de cette section porte sur les analyses visant à étudier la qualité de la relation de couple. A cet effet, le tableau 3 présente les scores moyens et les écarts types obtenus aux quatre échelles d'ajustement dyadique et au score total. Puisqu'il s'agit de variables qui mesurent le même construit, le choix statistique s'est porté sur une analyse de variance multivariée. Les résultats concernant l'effet groupe à l'échelle d'ajustement dyadique sont non significatifs, $F(4,102)=2.30$, $p=.06$. Il n'y a pas non plus d'effet au

niveau du facteur genre $F(4,102)=0.02, p=.70$, ni d'effet d'interaction $F(4,102)=0.05, p=.27$. Bien que non significatif, on note une tendance démontrant une différence entre les groupes qui pourrait majoritairement s'expliquer par le score obtenu à la sous échelle cohésion ou les couples du groupe expérimental présentent des scores différents de ceux du groupe témoin $F(1,105)=8.74, p<.01$. Ces résultats suggèrent qu'il pourrait y avoir une différence significative entre la perception qu'ont les couples dans les relations dyadiques selon leur groupe d'appartenance. Néanmoins, nous ne pouvons confirmer la troisième hypothèse, bien que la tendance s'oriente dans le sens attendu.

Insérer ici le Tableau 3

DISCUSSION

La présente recherche, réalisée à l'aide de différents questionnaires, a permis de mettre en évidence la qualité de vie de femmes tumorectomisées ainsi que leurs relations conjugales par rapport à des femmes non atteintes de cancer du sein.

L'analyse des résultats relativement aux données démographiques ne montre pas de différence entre les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe témoin relativement à l'âge, la durée du mariage, le nombre d'enfants et le fait d'être sur le marché du travail ou non. Par ailleurs nous constatons que les sujets du groupe expérimental sont moins scolarisés que ceux du groupe témoin. Toutefois, puisqu'aucune corrélation significative n'a été observée entre le niveau de scolarité et les variables étudiées, il y a lieu de croire que la variance entre les deux groupes soit peu attribuable à ce facteur.

Nos résultats sont conformes à l'hypothèse voulant qu'il y ait une baisse de l'estime de soi chez les femmes tumorectomisées par rapport à celles du groupe témoin. Ces résultats sont semblables à de nombreuses recherches qui soutiennent que la maladie et ses

conséquences affectent négativement la perception de l'estime de soi. Marguerite Mead (1949) (39) a souligné l'importance que la femme accorde à sa féminité. La maladie affecte la femme au point de mettre en péril sa propre image et ses relations avec autrui. Le cancer du sein est une maladie qui reçoit une attention toute particulière de la part de la femme atteinte. Il présente un degré de sévérité qui entraîne des bouleversements importants dans une perspective de décès et de mutilation du corps et ce même si la chirurgie n'implique pas l'ablation complète du sein, ce qui peut grandement influencer l'estime que la personne peut s'accorder.

Au point de vue professionnel, contrairement à notre hypothèse, il n'y a pas de différence significative entre nos deux groupes. Ceci supporte l'idée que cette intervention chirurgicale n'influence pas la satisfaction vécue au travail. Maguire (1976) (27) rapporte que les femmes mastectomisées éprouvent des difficultés sociales et psychologiques à retourner au travail après l'intervention. Possiblement que la femme qui a subi une tumorectomie, se remettant mieux de son intervention au point de vue physique et psychologique, retourne au travail dans de meilleures dispositions. Malheureusement, nous n'avons pas eu suffisamment de femmes à domicile pour les comparer à celles qui travaillent afin d'apporter un supplément d'information. Il serait intéressant de poursuivre la recherche dans ce sens.

En ce qui a trait à la satisfaction dans les relations familiales, relations qui impliquent tous les membres de la famille, contrairement à notre hypothèse, les résultats de la présente étude suggèrent que la tumorectomie a peu d'effet sur cette variable puisqu'aucune différence significative n'a été identifiée entre les deux groupes. Le niveau de relation familiale n'est pas affecté significativement chez les sujets du groupe expérimental par rapport aux sujets du groupe témoin. Lorsqu'une maladie importante comme un cancer du sein se déclare chez la femme, la revue des écrits met en valeur l'importance de l'établissement de liens plus étroits entre les membres de la famille. Cette relation apporte

réconfort et support pour la personne atteinte. La femme qui a subi une tumorectomie est plus enclin à parler de sa maladie et reçoit un plus grand support de son entourage. Les résultats démontrent que la famille dans son ensemble, réagit de façon aidante envers la femme tumorectomisée (31).

Tel qu'attendu, nos résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence entre les groupes en ce qui a trait à la satisfaction sexuelle. Cela démontre bien que les conséquences et l'importance du choix chirurgical affectent directement la femme et son conjoint; la mastectomie étant beaucoup plus perturbante que la tumorectomie. Dionne, Morin et Bernier (1981) (19) ont dressé un tableau des femmes mastectomisées et leur devenir, rapportant des changements importants de comportements au point de vue sexuel. Margolis (1990) (23) rapporte que les femmes mastectomisées se sentent moins désirables et éprouvent des difficultés dans leurs rapports en comparaison avec les femmes tumorectomisées qui elles, n'éprouvent pas de changement au point de vue sexuel.

Enfin, nous ne pouvons confirmer l'hypothèse voulant que le groupe expérimental présente des différences dans ses relations de couple comme le rapportent diverses études, notamment celle de Morris, Greer et White (1977) (36) en comparaison avec le groupe témoin. On note toutefois une tendance en ce sens. La variance atteint presque le seuil significatif sur l'échelle d'ajustement dyadique. Ainsi, les couples du groupe expérimental présentent des scores différents du groupe témoin à la sous échelle cohésion mesurant le degré d'engagement du couple dans des activités communes. Il se peut qu'un plus grand nombre de sujets puisse davantage mettre ces différences en évidence et des recherches ultérieures seraient à faire en ce sens. De plus il serait intéressant de vérifier la différence entre mastectomie et tumorectomie sur l'ajustement dyadique.

En plus des différences statistiques, plusieurs des résultats obtenus par les femmes tumorectomisées sont significatifs sur le plan clinique. Leurs scores témoignent de difficultés à plusieurs des variables et supportent aussi nos hypothèses de départ. Une

analyse particulière du score obtenu à la sous échelle de cohésion révèle que les femmes du groupe expérimental se situent dans la limite inférieure de la normalité. Cela suggère un partage moins important des activités chez les sujets du groupe expérimental que chez les sujets du groupe témoin. On considère généralement qu'un couple est en difficulté lorsqu'au moins un des conjoints a un score total de moins de 100 (45); ce qui semble être suggéré par le score de 107.51, obtenu par les femmes du groupe expérimental au total d'ajustement dyadique, alors que les scores totaux sont dans la limite de la normale pour les autres sujets. De plus, il est intéressant d'observer que l'analyse qualitative des réponses aux deux questions ouvertes, présentées aux sujets lors du testing, soulignent les nuances dans le fonctionnement des couples selon leur groupe d'appartenance. Il apparaît que le partage des activités communes est plus important chez les sujets du groupe témoin alors que la prédominance est au dialogue et à la communication dans les rapports entretenus chez les sujets du groupe expérimental.

En conclusion, cette recherche démontre l'importance d'explorer davantage la dimension d'estime de soi lors d'atteinte d'une maladie grave comme le cancer du sein. La recherche future se doit de porter un intérêt particulier dans les relations de couple et d'investiguer au niveau de l'implication du conjoint et des autres membres de la famille. Cette recherche suggère que la tumorectomie peut être favorable à une mastectomie afin de favoriser une meilleure qualité de vie et des relations de couple plus stables chez les femmes atteintes de cancer du sein. Enfin, les conséquences psychologiques doivent être prises en considération par le personnel médical et de soutien dans l'élaboration d'une démarche thérapeutique aidante et supportante envers la femme atteinte de cancer du sein, en travaillant particulièrement sur l'estime de soi et la relation de couple.

REMERCIEMENTS

L'auteur désire exprimer sa gratitude à son directeur de mémoire, monsieur Pierre Nolin, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ainsi qu'à son co-directeur, monsieur Louis Dionne, M.D., FRCS(C), du service de chirurgie générale de l'Hôtel Dieu de Québec, pour leur support et soutien constant dans la réalisation de cette étude.

De plus, des remerciements sont adressés à madame Louise Cloutier, infirmière au service d'oncologie de l'Hôtel Dieu de Québec, ainsi qu'à monsieur René Boyer, M.D., FRCS(C), du service de chirurgie générale de l'Hôpital Saint Joseph de Trois-Rivières, pour leur précieuse collaboration à cette recherche.

RÉFÉRENCES

1. Maguire P. Psychosocial aspects and rehabilitation. *Clinic in oncology* 1982;1(3):833-52.
2. American Cancer Society. *Cancer facts and figures*. New York: American Cancer Society. Inc, 1987.
3. Marsh JC. Systemic therapy of breast cancer. In D.S. Fisher, & J.C. Marsh, (Eds.) *Cancer Therapy*. Boston: G.K. Hall Medical Publishers, 1982.
4. Fisher B. Laboratory and clinical research in breast cancer - a personal adventure. The David A. Karnofsky Memorial Lecture. *Cancer Res.* 1980;40:3863-74.
5. Nemeto T, Vana J, Bervani RN, Baker HW, Mc Gregor FH, Murphey GP. Management and survival of female breast cancer, results of a national survey by the American College of Surgeons. *Cancer* 1980;45:2917-24.
6. Ingram MA. Psycho-social aspects of breast cancer. *Journal of applied rehabilitation conseling* 1989;20:23-7.
7. Juret P. Psychological problems related to the conservative treatment of breast cancer. *Psycho-social aspects of early detection and treatment*. Baltimore, University Park Press 1978:73-8.
8. Fisher B, Bauer M, Margolese R. Five years results of a randomized clinical trail comparing total mastectomy and segmental mastectomy with and without radiation in the traitement of breast cancer. *N Eng J Med* 1985;312:665-73.
9. Heeringen VC, Moffaert VM, Cuypere DG. Depression after surgery for breast cancer. Comparaison of mastectomy and lumpectomy. *Psychother Psychosom* 1989;51:175-9.

10. Wellisch DK, DiMatteo R, Silverstein M, Landsverk J, Hoffman R, Waisman J, et al. Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: Lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics* 1989;30 (4):365-73.
11. Baker RR, Montague E, Childs JN. Acomparaison of modified radical mastectomy to radical mastectomy in the traitement of operable breast cancer. *Ann Surg* 1979;189:553-9.
12. Margolis GJ, Goodman RL, Rubin A, Thomas FP. Psychological factors in the choice of treatment for breast cancer. *Psychosomatics* 1989;30 (2):192-7.
13. Hall A, Fallwfield L. Psychological outcome of traitement for early breast cancer: A review. *Stress Medecine* 1989;5:167-75.
14. Steinberg MD, Juliano MA, Wisw L. Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the traitement of breast cancer. *A J Psychiatry* 1985;142:34-9.
15. Bartelink H, Van Dam F, Van Dongen J. Psychological effects of breast conserving therapy in comparaison with radical mastectomy. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 1985;11:381-5.
16. Meyer L, Aspengren K. Long term psychological sequelae of mastectomy and breast conservating treatement for breast cancer. *Acta Oncology*. In press.
17. Haes JCJM de, Oostrom MA, Welvaart K. The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patient. *Eur J Surg Oncol* 1986;12:337-42.
18. Giger N. L'importance du soutient psychologique. *Soins infirmiers* 1985;4 (85):69-71.
19. Dionne L, Morin R, Bernier V. Et après... que deviennent les mastectomisées? *Can J Surg* 1981;24 (5):532-4.
20. Vachon MI, Lyall WA. Applying psychiatric technique to patients with cancer. *Hosp Comm Psych* 1976;27:582-4.

21. Dean C, Chetty U, Forrest APM. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet* 1983;459-62.
22. Maguire P. Breast conservation versus mastectomy : Psychological considerations. From the cancer research campaign psychological medicine group. Christie Hospital Manchester England, *Semi Surg Oncol* 1989;5:137-44.
23. Margolis G, Goodman RL, Rubin A. Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics* 1990;vol. 31(1):33-9.
24. Bee HL, Mitchel SK. *Le développement humain*. ed. Renouveau Pédagogique Inc, 1986.
25. Charmaz K. Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Social Health Illness* 1983;5:168-95.
26. Van Den Borne HW, Pruyn JFA, Van Den Heuve WJA. Effects of contacts between cancer patients on their psychosocial problems. *Patient Education and Counseling* 1987;9:33-51.
27. Maguire P. The psychological and social sequelae of mastectomy. In modern perspectives in the psychiatric aspects of surgery. (Ed.), Howells, J. G 1976;390-21.
28. Bloom J. Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science & Medecine* 1982;16:1329-38.
29. Lasry JC, Margolise RG, Poisson R, Shibata H, Fleischer D, Legault S, Taillefer S. Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *J Chron Dis* 1987;40(6):529-34.
30. Fallonfield LJ, Baum M, Maguire GP. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *Br. Med J.* 1986;293:1311-14.

31. Pederson LM, Valanis BG. The effects of breast cancer on the family: A review of the literature. *J Psychosoci-Oncol* 1988;vol. 6(1-2):95-18.
32. Smith E, Redman R, Burns TL, Sagert KM. Perceptions of social support among patients with recently diagnosed breast, endometrial and ovarian cancer. A exploratory study , *J Psychosoci-Oncol* 1985; Vol 3, (3):65-81.
33. Lichtman RR, Taylor SE, Wood JV. Social support and marital adjustment after breast cancer. *J Psychosoci-Oncol* 1987;Vol.5(3):47-74.
34. Maguire P. The psychological effects of cancers and their treatements. In R. Tiffany(Ed.) *Oncology for nurses and health care professionals: Vol. 2. Care and support* (pp. 13-41). London, U.K. : George Allen and Unwin Ltd, 1978.
35. Cassel J. Physical illness in response to stress. In S. Lesine & n. a. Scotch (Eds), *Social stress*, Chicago Aldibe Publishing 1970;189-09.
36. Morris T, Green HS, White P. Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer* 1977;40:2381-7.
37. Metze P. *Couples and mastectomy*, 1978.
38. Hannum JW, Giese-Davis J, Harding K, Hatfield AK. Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *J Psychosoci-Oncol* 1991;9(2):1-20.
39. Mead M. *Male and Female: A study of the Sexes in a Changing World*. Morrow, New York, 1949.
40. U I C C. Union Internationale Contre le Cancer. T.N.M., *Classification des tumeurs malignes*. Springer-Verlag. Genève 1988:99-06.
41. Hudson WW. *The clinical measurement package. A field manual*. Homewood, Illinois, Dorsey Press, 1982.
42. Lauzon R. *Edition du Méridien*, 1989.
43. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Mar Fam*, 1976;38:15-28.

44. Baillargeon J, Dubois G, Marineau R. Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique. *Rev Can Sc Comp* 1986;18:25-34
45. Burger AL, Jacobson NS. The relationship between sex role characteristics, couple satisfaction and problem-solving skills. *Am J Fam Ther* 1979;7:52-61.
46. Jones DN., Reznikoff M. Psychosocial adjustment to a mastectomy. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(10):624-31.

Tableau 1 Données démographiques et mesures de pairages pour les sujets du groupe expérimental et du groupe témoin

	Groupe expérimental		Groupe témoin		t		
	M	ÉT	M	ÉT			
Age	F	49.43	5.17	F	47.07	4.48	1.87
	H	51.48	6.29	H	49.03	4.95	1.65
Durée de mariage	F	23.90	8.84	F	22.24	7.23	0.79
	H	23.90	8.98	H	22.76	6.20	0.56
Scolarité	F	12.13	3.42	F	14.45	3.63	-2.52 *
	H	12.41	4.16	H	16.28	3.71	-3.73 ***
Nombre d'enfants	F	2.23	1.07	F	2.24	0.95	-0.03
	H	2.21	1.15	H	2.38	0.78	-0.67
Marché du travail	F	83.3%Oui 16.7%Non		F	96.4%Oui 3.6%Non		# .09
	H	86.2%Oui 13.8%Non		H	96.6%Oui 3.4%Non		# .00

F = Femme
H = Homme
Chi-carré
* p< .05
*** p< .001

Tableau 2 Scores moyens et écarts-types obtenus aux quatre échelles de qualité de vie par les femmes et les hommes selon la situation expérimentale

	Groupe expérimental				Groupe témoin			
	Femme		Homme		Femme		Homme	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Estime de soi	31.00	15.96	24.58	14.50	20.90	8.91	24.82	12.06
Satisfaction professionnelle	38.41	7.11	41.36	6.90	40.76	6.16	42.21	6.01
Satisfaction relation familiale	39.45	13.48	36.97	14.63	38.72	10.88	37.69	12.32
Satisfaction sexuelle	29.96	21.48	24.24	15.64	21.97	15.09	21.93	19.58

Tableau 3 Scores moyens et écarts-types de l'échelle d'ajustement dyadique et de ses sous-échelles par les femmes et les hommes selon la situation expérimentale

	Groupe expérimental				Groupe témoin			
	Femme		Homme		Femme		Homme	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Consensus	49.17	7.87	50.93	7.34	50.66	5.17	50.43	6.74
Affectivité	8.21	2.50	8.71	2.54	9.21	1.84	8.39	2.31
Satisfaction	36.70	6.31	37.71	6.00	38.61	3.87	38.96	4.98
Cohésion	13.43	6.33	15.59	4.26	17.17	4.30	17.00	3.93
Ajustement	107.51	19.03	112.94	17.15	115.65	10.94	114.78	13.24